診　　断　　書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　　　　名 |  |
| 生年月日 | 　　昭和　　平成　　　　　年　　　　月　　　　日 | 年齢 | 歳 |
| 上記の者について、下記のとおり診断します。　１．精神機能の障がい（□にチェックを付けること。）　　　□ 明らかに該当なし　　　□ 専門家による判断が必要専門家による判断が必要な場合において、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に記載して下さい。（注１））

|  |
| --- |
|  |

２．麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者でない。 |
| 診断年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |  |
| 病院、診療所又は介護老人保健施設等の 　　 名　称 　　所在地 Tel． 　　　　（　 　　　） （注２） |
|  医 師 の 氏 名 　　　　　　　　　㊞ （注３） |

（注１）精神機能の障がいの程度・内容により、許可（登録、免許、指定、届出）された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書き下さい。

（注２）必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障がいの程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載して下さい。

（注３）　印鑑は医師の個人印を押印して下さい。

疎明する書類

住 所

氏 名

生年月日　昭和・平成　　　年　　　月　　　日生

弊社の取締役の上記のものは、精神機能に障がいはなく、又、麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者でないことを疎明いたします。

　　年　　月　　日

住　所

氏　名

代表者　　　　　　 ㊞